



# DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

## WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS SECTION

Number:  
03-19

Date:  
September 2, 2003

### Administrative Memorandum

**SUBJECT:** PA 654, DEMAND FOR REPAYMENT

**REFERENCE:**

**CANCELS:** FILE IN: WFP&I Handbook

#### SPECIAL ATTENTION:

[X] SWFIs [X] WFIs [X] LEAD WFIs

#### PURPOSE/POLICY

This Administrative Memorandum releases procedures for using the PA 654, Demand For Repayment. The PA 654, Demand for Repayment, is now available in the threshold languages, as well as English and Spanish. The threshold languages are: Armenian, Cambodian, Chinese, Korean, Russian and Vietnamese.

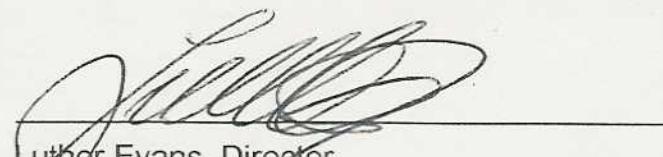
The PA 654 is used to schedule a repayment interview appointment with the participant. The PA 654 must be mailed 10 working days prior to the date of the scheduled interview per existing policy.

#### PROCEDURES

The PA 654, Demand for Repayment, must be completed in quadruplicate. Staff must ensure that the Demand for Repayment form sent to participants contains the required information printed on the front and the back pages of the PA 654 and that all copies are legible.

The PA 654 in English and Spanish are available on the LEADER server and can be printed on the LEADER printer with the front and back pages back to back on one piece of paper using the attached instructions. The PA 654 in the threshold languages can be obtained from the Welfare Fraud Prevention and Investigations (WFP&I) Section's stockroom on an as needed basis.

Please direct questions regarding this memo to your immediate supervisor.

  
Luther Evans, Director  
Welfare Fraud Prevention & Investigations Section  
LE:MH:mh  
Attachments

c: Deputy Directors

**INSTRUCTIONS FOR PRINTING TWO SIDED FORMS ON LEADER**

1. Click on the "My Computer" icon on LEADER.
2. Open the "Y:" drive (common on "Hwtsvr0000").
3. Click on the folder labeled "WFP&I Forms."
4. Click on the form to be printed and complete required information.
5. Click "File" on the Menu bar.
6. Click on "Print".
7. Click on the "Properties" button in upper right hand corner.
8. Check "Print on Both Sides" in the "Document Options" area on the "Finishing" tab and then click on the "OK" button.
9. Click the "OK" button on the "Print" screen.



**COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

**WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS SECTION  
12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, California 90250**

**ԱՎԵԼՈՐԴ ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ ՀԵՏ ՎԵՐԱԴԱՐՁՆԵԼՈՒ ՊԱՀԱՆՁ**

[ ] Ամսաթիվ .

Գործի Անունը .

Գործի Համարը .

[ ] Ֆայլի Համարը .

Սպայնով պահանջվում է, որպեսզի դոփ հետ վերադարձնեք Հասարակական Սոցիալական Մառայությունների Վարչությանը (DPSS) \$ \_\_\_\_\_ Անժեռքի հետաքննություն և պարզեցնեք, \_\_\_\_\_ թիւ \_\_\_\_\_ ընկած ժամանակահատվածում վերը նշված գումարի շափով ավելորդ գումար է վճարվել ձեզ հետևյալ պատճառով.

Այս պահանջին կցված է ավելորդ վճարված գումարի վերաբերյալ գրանցումների պատճեն, որտեղ մանրամասն ձևով ցուցվ է տրված ամիս առ ամիս վճարված ավելորդ գումարները:

Այս Վարչությունը իրավունք ունի պահանջ ներկայացնելու փոխհատուպահան համար: Հետևաբար վերը նշված գումարը ԱՆՀԱՊԱՆ ԵԽԹԱԿԱՆ ՔՅԱՐՄԱՆ: Եթե դոփ թերանաք վճարել ամբողջ գումարը, ապա կետարգեն բոլոր անհրաժեշտ գործողությունները այդ գումարը գանձելու համար:

Սենք նշանակել ենք հետևյալ ժամադրությունը ձեզ համար, որպեսզի դոփ վճարեք այդ գումարն ԱՄՔՈՒՁՈՒԹՅԱՄՄ: Եթե դոփ չեք կարող վճարել ամբողջ գումարը, ապա մննք ընդունում ենք նաև մասնակի վճարումներ և ձեզ հնարավորություն կտրվի ստորագրելու փոխհատուպահան պայմանագիր պարտք մնացած գումարը վճարելու համար:

ԶԵԶ ՀԵՏ ԲԵՐԵՔ ՎԱՎԵՐԱՑՎԱԾ (A CERTIFIED CHECK) ԶԵԿ ԿԱՄ ԴՐԱՄԱԳԻՐ (MONEY ORDER) ՀԱՍՑԵԱԳՎԱԾ "COUNTY OF LOS ANGELES":

ԱՄՍԱԹԻՎ. \_\_\_\_\_

ԺԱՄ. \_\_\_\_\_

ՎԱՅՐ. 12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, CA 90250

**ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾ ԺԱՄԱԴՐՈՒԹՅԱՆԸ ԳԱԼԻՍ ԶԵԶ ՀԵՏ ԲԵՐԵՔ ՆԿԱՐՈՎ ՓԱՏԱԹՈՒՂԹ**

Կապնվեցներ ինձ հետ ստորև նշված հեռախոսահամարով, եթե որևէ հարց ունեք այս ժամադրության հետ կապված:

Համաձայն Նահանգում գործող օրենսդրության այս գործը կարող է փոխանցվել մարզի դատախազություն քրեական հետաքննության համար:

EAS Manual Section:

44-350, 44-352, 44-316, 40-105.1

ՎԵԼԵՔԵՐԻ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽԱԲԵՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾԵՐԻ ՔՆՆԻՉ

Դոփ կարող եք ծանոթանալ այս կանոնների հետ ձեր տեղական վելֆերի գրասենյակում

ՀԵՌԱԽՈՍ (310) 349-

Ուշադրություն. Եթե դոփ կարծում եք, որ ավելորդ վճարված գումարը սխալ է, ապա սա ձեր վերջին հնարավորությունն է ունկնդրություն պահանջելու համար: Այս ծանուցման հետևի կողմում ասված է ինչպես: Եթե դոփ շարունակեք օգնություն ստանալ, ապա մարզը կարող է AFDC/CalWORKS ծրագրով ավելորդ վճարված գումարը գանձել պակասեցնելով ձեր ամսական նպաստը: Ինչպես նաև մարզը կարող է պակասեցնել ձեր սննդի դրամանելիքը ավելորդ վճարված գումարը գանձելու համար, բացառությամբ միայն այն դեպքում, եթե այդ ավելորդ գումարը վճարվել է մարզի մեղքով: Եթե դոփ դադարեց նպաստ ստանալ մինչև այդ վերավճարի կամ ավելորդ բաց թողնված գումարից:

Զեր ունկնդրական իրավունքների վերաբերյալ տեղեկությունների համար կարդացեք այս ծանուցման հետեւ կողմում:

Attachment

Original & 1<sup>st</sup> Copy - Recipient

2<sup>nd</sup> Copy - TTC/Finance

3<sup>rd</sup> Copy - I CFFP PFRM

## ԶԵՐ ՈՒՆԿՆԴՐԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք իրավունք ունեք ունկնդրություն հայցելու, եթե համաձայն չեք մարզի կողմից կատարված որևէ գործողության հետ: Դուք ունեք միայն 90 օր ժամանակ ունկնդրության հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսում է այս ժամանությունը ձեռք տալուց համար կամ ուղարկելուց անհիշապես հետո:

- Եթե ունկնդրության համար հայց ներկայացնեք մինչև, որ Դրամական Նպաստի, Medi-Cal-ի, Սննդի Դրամանիշերի (Food Stamps), կամ Երեխայի Ննամքի վերաբերյալ գործողության ուժի մեջ մտնելը, ապա:
- Ձեր Դրամական Նպաստը կամ Medi-Cal-ը կմնան նույնը քանի դեռ սպասում եք ունկնդրության համար:
  - Ձեր Երեխայի Խնամքի հետ կապված ծառայությունները կմնան քանի դեռ սպասում եք ունկնդրության համար:
  - Ձեր Սննդի Դրամանիշերը կմնան նույնը մինչև ունկնդրությունը կամ մինչև ձեր տարեկան վերահաստատման ժամանակը, որը որ ավելի շուտ լինի:  
Եթե ունկնդրության որոշման մեջ ասվի, որ մենք ճիշտ էինք, ապա դուք մեզ պարտք կմնաք ձեր ստացած ավելորդ Դրամական Նպաստի, Սննդի Դրամանիշերի կամ Երեխայի Խնամքի Ծառայությունների համար:  
Որպեսզի թույլատրեք մեզ նվազեցնելու կամ դադարեցնելու ձեր ստացած նպաստը մինչև ունկնդրությունը, նշեք ներքուում.  
Այս նվազեցնեք կամ դադարեցնեք. □ Դրամական Նպաստը
  - Սննդի Դրամանիշերը □ Երեխայի Խնամքը
- Քանի դեռ սպասում եք Ունկնդրության Որոշման համար.

### Վեճքից - Աշխատանք (Welfare to Work)

Դուք կարող եք շմանակցել գործունեություններին:  
Դուք կարող եք շարունակել ստանալ Երեխայի խնամքի համար տրված վճարումները, որոնք հաստատված էին մարզի կողմից աշխատելու կամ մինչև այս ծանությունը նշանակված գործունեություններին մասնակցելու համար:  
Եթե մենք ձեզ տեղեկացնել ենք, որ ձեր մյուս օժանդակ ծառայությունների համար տրված վճարումները պետք է դադարեցնեն, ապա դուք այլևս ոչ մի վճարում չեք ստանա, եթե անզամ մասնակցեք ձեր գործունեությանը:  
Եթե մենք ձեզ տեղեկացնել ենք, որ մեզ կվճարենք ձեր մյուս օժանդակ ծառայությունների համար, ապա այդ վճարումները կվատարվեն այս ծանությունը նշանակված գործունեությանը:

- Այս վճարումները ստանալու համար դուք պետք է մասնակցեք մարզի կողմից ձեզ համար նշանակված գործունեությանը:
- Եթե մարզի կողմից օժանդակ ծառայությունների համար վճարված գումարը քանի դեռ սպասում եք ունկնդրության համար, չի բավականացնում որպեսզի դուք կարողանաք մասնակցել, ապա դուք կարող եք դադարել հաճախելու գործունեությանը:

### Cal-Learn:

- Դուք չեք կարող մասնակցել Cal-Learn Մրագրին, եթե մենք ձեզ տեղեկացնել ենք, որ չենք կարող որևէ ծանությունը ձեզ:
- Սննդ կվճարենք միան, ձեզ համար արդեն հաստատված գործունեությանը մասնակցելու համար անհրաժեշտ օժանդակ:

### ՄԱՅՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Medi-Cal -ի Կառավարված Խնամք Պլանի (Managed Care Plan) Անդամներ. Այս ծանության մեջ նշված գործողության հետևանքով հնարավոր է, որ դուք դադարեք ստանալ ծառայություններ Medi-Cal Մրագրի Կառավարված Խնամք Պլանի: Ցանկության դեպքում կարող եք կապնվել ձեր առողջապահական ծրագրի անդամների համար ծառայությունների հետ, եթե որևէ հարց ունեք: Երեխայի և կամ Բժշկական Օժանդակություն. Երեխայի օժանդակության շրջանակին գրասենյակը անվճար կօգնի գանձելու օժանդակություն, նույնիսկ, եթե դուք դրամական նպաստ չեք ստանում: Եթե ներկայում նրանք գանձում են օժանդակություն, ապա նրանք կշարունակեն մինչև դուք գրավոր խնդիր դադարեցնել գանձումը: Արդեն հավաքված օժանդակության գումարը կուղարկվի ձեզ, բայց այդ գումարից կափակի անցյալում մարզին պարտք մնացած գումարը, եթե իհարկե այդպիսին կա:

Հնատանիքի Պլանավորում. Ձեր վելֆերի գրասենյակից կարող եք ստանալ տեղեկություններ, եթե հարցնեք:

**ՈՒՆԿՆԴՐՈՒԹՅԱՆ ԹՎՅԱՊԱՆԱԿ.** Եթե ունկնդրության համար հայց ներկայացնեք, ապա Նահանգային Ունկնդրության Բաժանմունքի կողմից կազմվի թղթապահակ: Դուք իրավունք ունեք տեսնելու այդ թղթապահակը և ստունալու մարզի կողմից կատարված բոլոր գրառուների պատճեները ամենաքիչ ունկնդրությունից երկու օր առաջ: Նահանգն կարող է այդ թղթապահակը տալ Վելֆերի Վարչությանը և ԱՄՆ Առողջապահության և Մարդաբանության Ծառայություններին և Ազգային Վարչության (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture): (W & I Code Sections 10850 and 10950).

## ՈՒՆԿՆԴՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՅ ՆԵՐԿԱՅԱՅՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

- Լրացրեք այս էջը:
- Պատճենահանեք թերթիկի առջևի ու հետևի կողմը և պահեք իրեք ապացույց: Եթե խնդրությունը ձեր գործունեությունը աշխատողը ձեզ համար կպատճենահանի այս թերթիկը:
- Ուղարկեք կամ անձամբ տարեք այս թերթիկը հետևյալ հասցեով.

Appeals & State Hearing Section  
P.O. Box 10280  
Glendale, CA 91209

### Կամ

- Հեռաձայնեք անվճար. 1-800-952-5253 կամ լսողության կամ խոսքի թույլատրուն ունեցողները որոնք օգտագործում են TDD, 1-800-952-8349:

Օգնություն Ստանլու Համար. Դուք կարող եք հարցնել ձեր ունկնդրությունից կամ իրավունքների կամ տեղեկությունների իրավական օգնության մասին վերը նշված անվճար հետախոսի համարներից մեկով: Դուք կարող եք ստանալ անվճար իրավական օգնություն ձեր շրջանում գտնվող իրավական օգնության կամ վելֆերի իրավունքների գրասենյակներից:

Եթե դուք չեք ուզում գնալ ունկնդրության միայնակ, ապա կարող եք բերել որևէ ընկերություն կամ բարեկամի ձեզ հետ:

### ՈՒՆԿՆԴՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀԱՆՁ

Ես պահանջում եմ ունկնդրություն, իրեք հետևյանք Մարզի Վելֆերի Գրասենյակի կողմից կատարված գործողության իմ:

□ Դրամական Նպաստի □ Սննդի Դրամանիշերի □ Mei-Cal-ի □ Ուրիշ(Նշեք) \_\_\_\_\_ վերաբերյալ:

ԱՀԱ ԹԵ ԽՆՉՈՒ

- Եթե ավելի շատ տեղ է պետք, նշեք այստեղ և լրացնեցի էջ ավելացնեք:
- Ենձ պետք է, որ նահանգի կողմից անվճար թարգմանիչ տրամանդրվի: (Որևէ հարազատ կամ ընկեր չի կարող թարգմանել ձեզ համար ունկնդրության ընթացքում):  
Եմ լեզուն կամ բարեառը \_\_\_\_\_ նէ:

ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ, ՈՒՄ ՆՊԱՏԱՆԵՐԸ ՄԵՐԺՎԵԼ, ՓՈՓՈԽՎԵԼ ԿԱՄ ԴԱԴԱԲԵՑՎԵԼ Ե

ԾԱՇԽԱՆ ԹԻՎԻ ՀԵՌԱՋՈՒՆԻ ՀԱՄԱՐ

### ՀԱՍՑԵՆ

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆՁ ԳՈՒՅՑ ՓՈՍՏԻ ԿՈԴ (ZIP CODE)

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ԱՄԱՍԹԻՎ

ԱՅՍ ԲԵՐՐԻԿԱՆ ՄՐԱՑԱՎՈՐ ԱՆՈՒՆԸ ՀԵՌԱՋՈՒՆԱՑՄԱՆ

Ըստ ուղարկությունից կարող են անվճար պատճենները ամենաքիչ ունկնդրությունից երկու օր առաջ: Կամ իմ փոխարքն մասնակցելու միջնական գումարը կամ իմ բարեառը պատճենները ամենաքիչ ունկնդրությունից երկու օր առաջ: Կամ անձը կարող է այդ թղթապահակը տալ Վելֆերի Վարչությանը և ԱՄՆ Առողջապահության և Մարդաբանության Ծառայություններին և Ազգային Վարչության (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture): (W & I Code Sections 10850 and 10950):

ԱՆՈՒՆԸ ՀԵՌԱՋՈՒՆԻ ՀԱՄԱՐ

### ՀԱՍՑԵՆ

ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆՁ ԳՈՒՅՑ ՓՈՍՏԻ ԿՈԴ (ZIP CODE)



**COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

ATTACHMENT III

WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS SECTION  
12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, California 90250

ମାତ୍ରାଚାର୍ଯ୍ୟଙ୍କ ପ୍ରଧାନ

៤៩៣៧:  
ល្អូណាស់សំណើរឿង  
លិខសំណើរឿង:  
លិខបាតី:

យើងបានការ់មកជាមួយនរបាលកិនចំនួនបាត់ក្នុងសេដ្ឋកិច្ច។

ក្រសួងនេះមានសិទ្ធិចាយថាប្រកបត្រឡប់មកវិញ ។ ហេតុនីមួយៗបើយ៉ា អ្នកធ្វើនេះដ្ឋាក់ចំនួនត្រូវបានដោរពេលវេលាដែលបានបើយត្រូវតែសងជាតាមចំណាំទាំងអស់នេះទៅបាន ។ ចិន្ទីកម្មិនបានបើយត្រូវតែសងជាតាមចំណាំទាំងអស់នេះទៅបាន ។

យើងកំណត់ពេលវោរការប្រចាំឆ្នាំសំរាប់ព្រមទាំងប្រចាំខែដែលសំរាប់ព្រមទាំងប្រចាំថ្ងៃ ។ បើអ្នកចិនរាជសង្គមប្រចាំខែដែលសំរាប់ព្រមទាំងប្រចាំថ្ងៃនេះ គឺជាអ្នកដែលរាយការជាតិបាន ហើយវានឹងរាយការជាតិបាន ។

សម្របក្រុងកំណត់ឈាមការចំពោះតិចមេត្ត (CERTIFIED CHECK) និងអនីម៉ែនីតិចមេត្តមួយនៅក្នុងរដ្ឋបាលរាជការរាជធានីឡាតាំង: "COUNTY OF LOS ANGELES" ។

ପ୍ରେସ୍‌ଟି:

### ເຕັມສົ່ງ:

ទីកន្លែង : 12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, CA 90250

ធម្មរាត្រាណសំគាល់ខ្លួនបានប្រចាំថ្ងៃក្នុងភាគីជូនដីនៃប្រទេសនៅក្នុងប្រជាធិបតេយ្យ

ស្ថិតិការណ៍កំងងាយទៅមានយោបល់ទូទៅស្ថិតិភាពរក្សាទុកដាក់នៃការប្រើប្រាស់ ចិសិតិនជ្ជកម្មនឹងសំណង់នៃការណែនាំដែលបាន

ករណីនេះអាចបង្ហាញថា មិនមែនជាប្រចាំខែនឹងដើម្បីពួកគេដែលមិនមែនភាគភ័យយោងទៀតមេបានប់បសរដូច ។

EAS Manual Section:

44-350, 44-352, 44-316, 40-105, 1

អកអាចកិត្តិយោប់ដោយសារពីរបាយការណ៍នៃក្រសួងសាធារណការ

អ្នកសំបាលដើរអំពីការបន្ទាំង្វាក់នៃលីហូវី  
លេខទូរសព្ទ (310) 349-

សូមអាសន៍ពីមាននៅថ្ងៃទាំងប្រាប់ស្តីវិធីសិទ្ធិបស់អ្នកដើរការត្រូវអំពីរឿងនេះ

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកគ្រួនការពេទ្យសំសែចក្បាប់ត្រូវ

លោកអ្នកមានជនវិសាល់សេចក្តីបានរួម ដើម្បីជាមានអ្នកមិត្តធម៌យើងឯករាជ្យបែងប្រើប្រាស់ ។ លោកអ្នកមានពេលវេលាដែលទៅបានរួម ដើម្បីជនវិសាល់សេចក្តីបានរួម ។ ទំនួនខ្លួននាមពីរបានរួម ដើម្បីជនវិសាល់សេចក្តីបានរួម ។



ធន បន្ទូយ ចាម សញ្ញប់  ត្រាកសំខ្សោយ  សក្ខាណិល្បមប  កិច្ចទេរក្រារក្រុង

ເຊື້ອງສະຫະລາຍການມູນຄັດຕໍ່ເສດຖະກິດສ່ວນໃຈລາຍກິດບົກສົກບໍ່

កម្មវិធីយកចេញកិច្ចយោស់ខាងការទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :

លោកអ្នកមិនចាត់បានចូលរួមទៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មដែនខេត្ត ។

- เป็นผู้ดูแลพืชต้องมีกงเหล็กหลัก กองนี้จะบังคับด้วยยาสั่งคือสั่งให้ต้อง ก กิจกรรมที่ต้องทำ เช่น การดูแลรักษาภูมิป่าที่ต้องดูแลอย่างเป็นระบบ เช่น การดูแลรักษาภูมิป่าในช่วงฤดูแล้ง ฯลฯ
  - เป็นผู้ดูแลบัญชีรายรับและรายจ่าย ของบ้าน เช่น การซื้อขายสินค้า อาหาร อุปกรณ์ ฯลฯ ที่ต้องใช้เงิน หรือเงินเดือน ของบ้าน เช่น การซื้อขายสินค้า อาหาร อุปกรณ์ ฯลฯ
  - เป็นผู้ดูแลบัญชีรายรับและรายจ่าย ของบ้าน เช่น การซื้อขายสินค้า อาหาร อุปกรณ์ ฯลฯ ที่ต้องใช้เงิน หรือเงินเดือน ของบ้าน เช่น การซื้อขายสินค้า อาหาร อุปกรณ์ ฯลฯ

កម្មសំណងក្នុងអាជីវការនិងប្រព័ន្ធបានយកចំណែកដោយគ្មានជាការងាររបស់ខ្លួន (Cal-Learn):

- ເນັດກົມຄະນະເຫັນຢູ່ມາຍພົກງົດ Cal-Leam ດັວຍເບີສິນຄາເພີ້ນຊັບຜົນກົມຈາກເພີ້ນຂອງຕາຫຼາກຮູ່ມາຍພົກງົດຕະເລົາ: ໆ
  - ເພີ້ນຂອງຫຼັກສິນກົມຈາກບໍລິຫານຢູ່ມາຍພົກງົດ Cal-Leam ສໍາກັບໂຄສະນາຄົມໂຄລອອນຄາພັນດຸນໃຊ້ໄວ້ແລ້ວ: ໆ

ຄົດໝາຍແຫຼ່ງເອົາ

**គោរកសារព្រៃស្ថា :** ការិយាល័យក្រោមនុវត្តឈាមភាពខល់លេកអ្នក និងផ្តល់ជីថាមឱ្យទទួលបានការងារ

## ចំណុចទិន្នន័យសេចក្តីបាន

- សម្រាប់លេខទូរកាប់ ១
  - ចត់ចុងក្រោមភាគមេ និងអនុទិន្នន័យនៃការប្រើប្រាស់លេខទូរកាប់ពេលប្រើប្រាស់លេខទូរ ១ ដែលមានលក្ខណៈសំខាន់សំខាន់ និងចិត្តចិត្តរបស់ខ្លួន នៅក្នុងការប្រើប្រាស់លេខទូរកាប់ ១
  - សម្រាប់ប្រើប្រាស់លេខទូរកាប់ ១ នៅក្នុងការប្រើប្រាស់លេខទូរកាប់ ១

- ឯកសារទេសចរណ៍អនុវត្តតាមលក្ខណៈជាអង់គ្លេស 1-800-952-5253 ឬសង្គមប័ណ្ណកម្មករអនុវត្តតាមលក្ខណៈជាអង់គ្លេស 1-800-952-8349 ។

ເສີມຢອບຜູ້ຍໍ່ : ເນັດກຸກພາດລາຄູງທີ່ເປີດໃນວຽກງານເສັງຫະກິບຕະຫຼາມລາຄູກ ບັນດູ້ຍໍ່ໄດ້ຕໍ່  
ໂສັງຫະກິບຕະຫຼາມລາຄູກທີ່ເປີດໃນວຽກງານເສັງຫະກິບຕະຫຼາມລາຄູກ ແລ້ວໃຈໝັ້ນໆ ພໍາເນັດກຸກເກົ່າ  
ດູ້ບໍ່ເຫັນພື້ນຖານທີ່ເປີດໃນວຽກງານເສັງຫະກິບຕະຫຼາມລາຄູກ ບັນດູ້ຍໍ່ໄດ້ຕໍ່  
ນັກອອນດູ້ບໍ່ເຫັນພື້ນຖານທີ່ເປີດໃນວຽກງານເສັງຫະກິບຕະຫຼາມລາຄູກ ບັນດູ້ຍໍ່ໄດ້ຕໍ່

បែកសងគារលាក្ខអូនចំណែកទីក្រុងក្រុងប្រជាពលរដ្ឋ នហាកម្មភាពខ្លួនឯកទិន្នន័យ ឬអ្នកឈាមប្រជាធិបតេយ្យ។

ការគ្រែងស្តីសេចក្តីបន្ថែម

១២. ចាន់តានសម្រួលប័រិយាយដោយសារគេលកម្មភាពទៅក្រោមអនុសភាគណ៍ណា  
នៅថ្ងៃនេះចំណែកបង់ខ្លួន និងចាប់ផ្តើមការ:

- ປາກສົ່ງພະນັກງານ  ປຸ່ມເອົາເຈົ້າ-ລາຍລະອຽດ  
 ຜົນເອົາຕີ (ສະບັບ) \_\_\_\_\_

## ເຮືອມວິທະຍາເນັດ :

- ធនធាននៃលោកអ្នកគ្រក់រាជការនៃខេត្តបន្ទីម សុខុមាភទៅនេះ: និងបន្ទីមនឹងក្រសាសបន្ទីម។
  - ទំនាក់ទំនងរបស់ខ្លួនខ្លួននូវអ្នកគ្រក់ប្រចាំខែកំណើយដែលត្រួតពិនិត្យ។  
(នីងបញ្ជាបីត្រួតពិនិត្យដែលបានរៀបចំឡើងដោយប្រជុំនៅក្នុងប្រព័ន្ធនេះ។)

នាយករដ្ឋមន្ត្រីនិងនាយករដ្ឋមន្ត្រីរាជការនៃខេត្តបន្ទីម:

ເນັດ: ໂອກສ່ວນຍາກຄົດເຄບຜະເຍຸດ ດຳລົງ ດຳລົງ

ការប្រើប្រាស់សេវាឌា	លេខទូរសព្ទ
ការយកចុះតម្លៃ	
ប្រាក់	ប្រាក់
បញ្ជីសេវា	ការប្រើប្រាស់
ស្នើសុំនៅ:	សេវាឌា

- ឧចំណេះមុខប្រព័ន្ធមូលដ្ឋានក្រោមផែនទីទីក្រុងប្រជាពលរដ្ឋសាស្ត្របីបី ។ ទាំងអ្នកត្រួតពិនិត្យសារព័ត៌មានក្នុងការបង្កើតគម្រោងសង្គម ឬសង្គមប៉ុណ្ណោះ ។ (មនុស្ស 18: ការបង្កើតគម្រោង សារព័ត៌មាន ឬសង្គមប៉ុណ្ណោះ)

ស្រុក	សំណង់សង្គម
ភ្នំពេញ	នៃជាតិបង្កើត



COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

ATTACHMENT IV

WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS SECTION  
12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, California 90250

要求償款通知

[ ]

日期:

[ ]

個案姓名:

個案號碼:

工作人員代號:

本函要求你償還公共社會福利局 (Department of Public Social Services) \$ \_\_\_\_\_ 經過我們的調查  
和決定你在 \_\_\_\_\_ 到 \_\_\_\_\_ 這段期間我們超付了你這筆公共  
補助金, 因為:

附上一份逐月劃分出超付款項記錄的影本.

本部門有權要求償款. 因此, 上述的款項是即時到期和必須支付. 如果你沒有償付全部的數額, 我們將採取進一步的行動去收取款項.

我們已經為你安排了下列約定來償還全部款項. 如果你不能一次付清欠款, 我們可以接受部份還款, 並允許你簽訂一個付清餘額的還款計劃.

請帶來經過確認的支票或銀行本票, 支票抬頭為 "COUNTY OF LOS ANGELES".

日期: \_\_\_\_\_

時間: \_\_\_\_\_

地點: 12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, CA 90250

請攜帶附有照片的身份證明赴上述的約見

如果你對此約見有疑問, 可致電下列電話號碼與本人聯絡.

根據州法, 此事項也許會報告給地區檢察官作為刑事訴訟之用.

EAS 手冊章節:

44-350, 44-352, 44-316, 40-105.1

福利詐欺調查員

你可以在你所屬的區域辦公室查閱內容.

電話 (310) 349 - \_\_\_\_\_

警告: 如果你認為此超付款是錯誤的, 這是你要求聽證的最後機會. 本頁的背面會告訴你如何進行. 如果你還在接受補助, 縣政府可以減低你每月的津貼以收回AFDC/CalWORKs 超付的款項. 除非是縣政府的錯誤, 否則也可以減低你的食物券( food stamps)以收回多發給你的食物券. 如果你在超付款項或多發的食物券還清以前就停止接受補助, 縣政府可以從你州所得稅的退稅中拿回你的欠款.

有關你對此行動上訴的權利, 請參閱背面資料.

## 你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal將保持不變。

在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。

你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。

若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： 現金補助  糧食券  托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將以通知中告訴你的金額和付款方式付款。

若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。

在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn)：

假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加Cal-Learn計劃。

我們只為被批准的活動支付Cal-Learn協助性服務。

## 其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養費和／或醫藥方面撫養費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你收取撫養費。假如他們現在為你收取撫養費的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的撫養費。但他們將保留收取到的欠郡政府週期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你要求索取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。(W&I Code Sections 10850 和 10950.)

## 若要請求聽證

- 填寫這一頁。
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作員會給你一份本頁的副本。
- 請把這一頁寄至或送至：

或者

- 打免費電話：1-800-952-5253 或者對聽或說有障礙，使用聽者電傳機(TDD)的人，打1-800-952-8349。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

### 聽證要求

我因為\_\_\_\_\_ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

現金補助  糧食券  Medi-Cal

其他（請列出）\_\_\_\_\_

理由在於：\_\_\_\_\_

假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。

我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。（你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。）

我的語言或方言是：\_\_\_\_\_

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期	電話號碼
------	------

街道地址

城市	州	郵遞號碼
----	---	------

簽名

日期

填寫此表格人姓名

電話號碼

我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。（這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。）

姓名	電話號碼
----	------

街道地址

城市	州	郵遞號碼
----	---	------



COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

ATTACHMENT V

WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS SECTION  
12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, California 90250

상환금 청구서

[

]

날짜:

[

]

케이스 이름:

케이스 번호:

파일 번호:

이는 귀하가 복지국(Department of Public Social Services)에 \$ \_\_\_\_\_ 을 상환하라는 청구서입니다. 저희가  
검토한 결과 귀하는 초과된 보조금을 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_  
까지 받았습니다. 그 이유는 아래와 같습니다:

각 달로 나눠진 초과금에 관한 기록을 보여주는 사본을 첨부하였습니다.

이 부처는 상환금을 청구할 권리가 있습니다. 그러므로, 위의 금액은 반드시 상환 기한까지 지불되어져야 합니다.  
만일 완불을 하지 못한다면 할부로 할 수 있으며 그리고 나머지 금액의 환불 계획서에 서명을 하셔야만 합니다.

귀하가 완불을 할 수 있도록 면담 시간을 아래와 같이 하였습니다. 만일 상환금을 완불할 수 없으시면, 할부금으로  
하실 수 있으며 잔고에 관한 환불 계획서에 서명을 하셔야 합니다.

"COUNTY OF LOS ANGELES" 수신의 보증 수표(CERTIFIED CHECK)나 머니 오더(MONEY ORDER)를 가지고  
오십시오.

날짜: \_\_\_\_\_

시간: \_\_\_\_\_

장소: 12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, CA 90250

위의 면담시간에는 사진 있는 증명서를 가지고 오십시오.

면접 시간에 질문이 있으시면 아래에 전화번호로 저에게 연락을 주십시오.

이 일은 주법에 의해 지방 검찰 형사과에 제출될 수도 있습니다.

EAS Manual Section:

44-350, 44-352, 44-316, 40-105.1

복지국 사기과 담당관(WELFARE FRAUD INVESTIGATOR)

복지사무소에서 이를 검토할 수 있습니다.

전화 (310) 349- \_\_\_\_\_

주의사항: 만일 이 초과금이 잘못되었다고 생각이 들면, 이번이 심의를 제기할 마지막 기회입니다. 뒷면에 그 방법에 적혀 있습니다. 만일 보조를 계속  
받는다면, 카운티는 귀하의 월보조금을 줄임으로 AFDC/CalWORKs 초과금을 징수할 수가 있습니다. 카운티 잘못이 아닌 한 귀하의 푸드 스템프를  
줄임으로 초과금을 징수 할 수 있습니다. 초과금이 상환 되기 전에 귀하 보조가 종결이 된다면, 카운티는 귀하의 주 세금 환불금에서 상환금을 죄할  
것입니다.

뒷면에는 이 조치에 관하여 귀하의 심의 권한에 대한 정보가 있습니다.

Attachment

PA 654 (REV. 11/00) KOREAN

Original & 1<sup>st</sup> Copy - Recipient  
2<sup>nd</sup> Copy - TTC/Finance  
3<sup>rd</sup> Copy - LCFF: PERM

## 당신의 청문회 권리

만약 카운티의 조치에 동의하지 않으면 당신은 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 청문회 요청은 90일 이내에 해야 합니다. 이 90일은 카운티가 이 통보를 주거나 발송한 날부터입니다.

만약 당신이 현금보조, 의료보조, 식량보조 또는 아동부양에 대한 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청하면:

- 당신의 현금보조나 의료보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 아동부양 보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 식량보조는 청문회나 배급권 기한 만료증 먼저 오는 날 까지 유지될 것입니다.

만약 청문회의 결정이 우리가 옳았으면 당신은 초과 지급된 현금보조, 식량보조나 아동부양 보조등을 갚아야 됩니다.

당신의 혜택을 청문회 전에 내려 주기를 원하면 아래 칸에 표하십시오: 예, 사감 또는 정지:  현금보조  식량보조  아동부양 보조

당신이 아래 사항들에 대한 청문회 결정을 기다리는 동안: 복지에서 근로로(Welfare to Work):

당신은 활동에 참여하지 않아도 됩니다.

당신은 이 통보 이전에 카운티에서 승인한 활동이나 고용을 위해 아동부양 보조를 받을 수 있습니다.

만약 우리가 당신의 보조가 정지된다 했으면 당신이 활동에 참여한다 해도 아무런 보조도 더 이상 받지 못할 것입니다.

만약 우리가 당신의 보조가 지급된다 했으면 이 통보에 적힌 액수와 방법대로 지불 될 것입니다.

- 그런 보조를 받기 위해서는 카운티에서 지정한 활동에 참여해야 합니다.
- 만약 청문회의 결과를 기다리는 동안 카운티에서 지불하는 보조액이 활동에 참가하기에 너무 부족하면 그 활동에 참가하는 것을 중단할 수 있습니다.

### 교육보조(Cal-Learn)

- 우리가 당신을 수용할 수 없다고 했으면 당신은 교육보조 프로그램에 참여 할 수 없습니다.
- 우리는 인가된 활동에 대해서만 교육보조비를 지불합니다.

### 기타 정보

의료보조 관리계획 회원 (Medi-Cal Managed Care Plan Members): 이 통보의 조치는 당신의 관리 건강계획으로부터 보조를 중단시킬 것입니다. 질문이 있으면 “건강 관리 계획부에 문의하십시오.”

아동부양 그리고/또는 의료보조: 지역 아동부양 요원이 당신이 현금보조를 받지 않는다 해도 무료로 보조금을 받아줄 것입니다. 만약 그들이 보조금을 받아주고 있으면 당신이 서면으로 정지시키지 않는 한 계속할 것입니다. 그들이 현재 보조금은 받아 주지만 카운티가 밀린 지난 보조금은 그들이 갖게 될 것입니다.

가족 계획: 당신이 원하면 복지 사무소에서 정보를 드릴 것입니다.

청문회 접수: 당신이 청문회 신청을 하면 주 청문국은 서류를 작성할 것입니다. 당신은 청무회 전에 이 서류를 볼 권리가 있으며 당신의 케이스에 대한 카운티의 입장은 청문회 최소한 이를 전에 서면으로 받아볼 수 있습니다. 주 정부는 당신의 청문회 서류를 복지과, 보건과, 인문봉사부 그리고 농무성에 줄 수도 있습니다. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

## 청문회를 요청하기 위해서는:

- 이 페이지를 기재하십시오.
- 당신의 기록을 위해 이 페이지의 전 후면을 복사해 놓으십시오. 담당자에게 말하면 이 면의 앞 페이지를 복사해 줄 것입니다.
- 아래 주소로 가져가거나 보내십시오:

또는

무료전화: 1-800-952-5253 을 사용하거나 청각 또는 언어 장애자는 TDD 1-800-952-8349 를 이용하십시오.

도움 청하기: 당신은 위의 전화 번호로 청문회에 관한 당신의 권리나 법적 도움 알선을 부탁할 수 있습니다. 당신은 지역 법률 상담소나 복지사무소로부터 무료 도움을 받을 수 있습니다.

만약 당신이 청문회에 혼자 가고싶지 않으면 당신의 친구나 다른 사람을 데려갈 수 있습니다.

### 청문회 신청서

나는 \_\_\_\_\_ 카운티의 복지과에서 취한 하기의 사항에 대한 조치로 인하여 청문회를 신청합니다.

현금보조  식량보조  의료보조  
 기타 (서술하시오) \_\_\_\_\_

이유 설명: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

공간이 더 필요하면 여기에 표시하고 다른 페이지를 첨부하십시오.

나는 주 정부에 무료 통역판 제공을 의뢰합니다.  
(친지나 친구는 청문회에서 당신의 통역판이 될 수 없습니다)  
나의 언어 또는 방언: \_\_\_\_\_

혜택이 거절, 변경 또는 정지된 사람의 성명

생년 월 일	전화 번호
--------	-------

주소

시	주	우편 번호
---	---	-------

서명

서류 작성자 성명	일자
-----------	----

나는 하기한 사람이 이 청문회에서 나를 대표하기 원합니다.

나는 이 사람이 나의 기록을 보거나 내 대신 청문회에 갈 것을 허락합니다. (이 사람은 친구나 친척일 수 있지만 통역을 할 수는 없습니다.)

이름	전화 번호
----	-------

주소

시	주	우편 번호
---	---	-------



**COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

**ATTACHMENT VI**

**WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS SECTION**  
12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, California 90250

## ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЗАПРОС НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ПЕРЕПЛАЧЕННЫХ СУММ

Дата:

Имя дела:

Номер дела:

Номер файла:

Настоящий документ является официальным требованием возместить Управлению соцобеспечения (Department of Public Social Services) сумму в размере \$                   . Мы провели расследование и пришли к заключению, что в период с                    по                    вам была произведена переплата на вышеуказанную сумму из фондов социальной помощи по следующим причинам:

Копия графика переплаты с указанием ежемесячных сумм прилагается.

Управление имеет полномочия требовать возмещения сумм. Следовательно, вышеуказанная сумма ПОДЛЕЖИТ НЕМЕДЛЕННОЙ ВЫПЛАТЕ. В случае невыплаты вами суммы в полном размере будут приняты дальнейшие действия по сбору этих денег.

Вам назначена встреча для произведения выплаты суммы В ПОЛНОМ РАЗМЕРЕ. В случае, если вы не в состоянии осуществить выплату в полном размере, мы согласны будем принять частичную выплату, и вам будет предоставлена возможность подписать договор о поэтапной выплате оставшейся суммы.

ПРИНЕСИТЕ НА ВСТРЕЧУ ЗАВЕРЕННЫЙ ЧЕК (A CERTIFIED CHECK) ИЛИ ЖЕ КВИТАНЦИЮ ДЕНЕЖНОГО ПЕРЕВОДА (MONEY ORDER) НА ИМЯ "COUNTY OF LOS ANGELES".

ДАТА:

ВРЕМЯ: \_\_\_\_\_

MECTO: 12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, CA 90250

**ПРИНЕСИТЕ НА ВСТРЕЧУ УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ С ФОТОГРАФИЕЙ**

Если у вас возникнут вопросы относительно назначенной вам встречи, позвоните мне по номеру, указанному ниже.

Согласно законам штата, данное дело может быть передано в прокуратуру округа для уголовного расследования.

## EAS Manual Section:

44-350, 44-352, 44-316, 40-105.1

СЛЕДОВАТЕЛЬ ПО РАССЛЕДОВАНИЮ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЙ ПРОГРАММАМИ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ  
(WELFARE FRAUD INVESTIGATOR)

Ознакомиться с указанными статьями вы можете в местном отделении по вэлферу (district office).

ТЕЛЕФОН (310) 349-\_\_\_\_\_

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ :** Если вы считаете данную переплату ошибочной, это ваша последняя возможность запросить слушание дела. На обратной стороне этой страницы объясняется, как подать заявление на слушание дела. Если вы продолжаете получать пособие, то округ имеет право на возмещение переплаченных сумм по программам AFDC/CalWORKs за счет уменьшения ежемесячно выплачиваемых вам пособий. Округ может также сократить количество выдаваемых вам талонов на питание с целью возмещения переплаченных сумм, за исключением тех случаев, когда переплата произошла по вине округа. Если вы перестанете получать пособие до того, как будет возмещена вся сумма переплаты, округ имеет право получить сумму задолженности из предназначающейся вам налоговой компенсации штата (*state tax refund*).

Прочтите на обороте информацию о вашем праве на апелляцию.

## ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid       Food Stamps       Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

### Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги останавливаются, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

### Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

### ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

**Медицинская поддержка и/или алименты на детей:** Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округа.

**Планирование семьи:** Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

**Дело для слушания:** Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (W&I Code Sections 10850 и 10950.)

## ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
- По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

### ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

**Для получения помощи:** Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

### ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа \_\_\_\_\_ в отношении:

- денежной помощи       талонов на питание  
 Medi-Cal  
 другого (перечислите) \_\_\_\_\_

Причина: \_\_\_\_\_

- Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

- Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: \_\_\_\_\_

Имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ АНКЕТУ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

- Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

ИМЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

**COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

WELFARE FRAUD PREVENTION & INVESTIGATIONS  
12000 S. Hawthorne Blvd  
Hawthorne, California 90250

**GIẤY YÊU CẦU HOÀN TRẢ LẠI TIỀN**

Ngày:

Tên Hồ Số:

Số Hồ Số:

Số Cán Sứ (File #):

Đây là một giấy yêu cầu Quý Vị hoàn trả lại Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng số tiền \$ \_\_\_\_\_ . Chúng tôi đã mở một cuộc điều tra và quyết định rằng Quý Vị đã được trả lỗ số tiền này từ quỹ trợ cấp công cộng, từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ vì lý do: \_\_\_\_\_.

Kèm theo đây là một bản sao của tài liệu trả lỗ trong đó có trình bày tách bạch việc trả lỗ từng tháng một.

Sở chúng tôi có quyền yêu cầu được hoàn trả lại tiền. Do đó, số tiền trên ĐÃ ĐÁO HẠN VÀ PHẢI TRẢ LIỀN TỨC THÌ. Nếu Quý Vị không hoàn trả lại toàn bộ số tiền trên, biện pháp kế tiếp để thu hồi tiền sẽ được thi hành.

Chúng tôi đã sắp xếp buổi hẹn sau đây để Quý Vị hoàn trả lại TOÀN BỘ số tiền. Nếu Quý Vị không thể trả toàn bộ số tiền làm một lần, chúng tôi sẽ chấp thuận cho Quý Vị trả một phần, và cho phép Quý Vị ký một bản kế hoạch hoàn trả dần phần còn lại.

**XIN QUÝ VỊ MANG THEO MỘT CHI PHIẾU CÓ CHỨNG THỰC (CERTIFIED CHECK) HOẶC  
MỘT LỆNH PHIẾU (MONEY ORDER), GHI TRẢ CHO "COUNTY OF LOS ANGELES".**

NGÀY: \_\_\_\_\_

GIỜ: \_\_\_\_\_

ĐỊA ĐIỂM: 12000 S. Hawthorne Blvd.  
Hawthorne, CA 90250**XIN QUÝ VỊ MANG THEO THẺ CĂN CƯỚC CÓ DÁN HÌNH TỚI BUỔI HẸN TRÊN**

Xin liên lạc với tôi ở số điện thoại dưới đây nếu Quý Vị có bất cứ thắc mắc gì về buổi hẹn này.

Vấn đề có thể được trình lên Biện Lý Cuộc để truy tố về tội hình sự, chiếu theo luật pháp của Tiểu Bang.

EAS Manual Section:

44-350, 44-352, 44-316, 40.105.1

Quý Vị có thể duyệt xét các mục này  
tại văn phòng khu vực của Quý Vị.

NHÂN VIÊN ĐIỀU TRA VỀ GIAN LẬN AN SINH XÃ HỘI

ĐIỆN THOẠI SỐ (310) 349-

**CẢNH CÁO:** Nếu Quý Vị nghĩ rằng việc trả lỗ này là không đúng, thì đây là cơ hội cuối cùng để Quý Vị yêu cầu một cuộc điều tra. Một số câu hỏi sau đây có chỉ dẫn cách thức. Nếu Quý Vị vẫn còn được hưởng trợ cấp, quận-hạt có thể thu hồi khoản AFDC/CALWORKS trả lỗ bằng cách giảm bớt trợ cấp hàng tháng của Quý Vị. Quận-hạt có thể giảm bớt lượng phiếu thực phẩm (food stamps) của Quý Vị để thu hồi lại một khoản cấp phát lỗ, trừ phi việc cấp phát lỗ là do lỗi ở quận-hạt gây ra. Nếu Quý Vị ra khỏi chương trình trợ cấp trước khi các khoản trả lỗ hoặc cấp phát lỗ được hoàn trả lại, quận-hạt có thể thu hồi khoản Quý Vị còn thiếu nợ từ số tiền "thuế lợi tức tiểu bang được hoàn trả" (State income tax refund) của Quý Vị.

Xin Quý Vị đọc kỹ sau để biết về quyền được kháng cáo của Quý Vị đối với biện pháp thi hành này.

## CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ VỀ BUỔI THU LÝ

Quý vị có quyền xin một buổi thu lý nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ một biện pháp nào của Ty Xã Hội Hạt. Quý vị chỉ có thời hạn là 90 ngày để xin một buổi thu lý. Thời hạn 90 ngày này được khởi tính kể từ sau ngày Ty Xã Hội Hạt trao hay gửi thông báo này cho quý vị.

Nếu quý vị xin một buổi thu lý trước khi biện pháp áp dụng đối với trợ cấp tiền mặt, Medi-Cal, phiếu thực phẩm, hay trợ cấp gửi giữ trẻ có hiệu lực:

- Trợ cấp tiền mặt hay Medi-Cal (trợ cấp y tế của California) của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ trong khi quý vị chờ có buổi thu lý.
- Trợ cấp về các dịch vụ gửi giữ trẻ của quý vị có thể được giữ nguyên như cũ trong khi quý vị chờ có buổi thu lý.
- Trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ cho tới khi có buổi thu lý hoặc cho tới cuối của kỳ hạn trong giấy xác nhận hội đủ điều kiện của quý vị, tính theo điều nào đến trước.

Nếu quyết định của buổi thu lý tuyên bố là chúng tôi đúng, quý vị sẽ thiếu nợ chúng tôi bất kỳ số trợ cấp tiền mặt, trợ cấp phiếu thực phẩm hoặc trợ cấp về các dịch vụ gửi giữ trẻ nào mà quý vị đã nhận lãnh. Nếu muốn để cho chúng tôi cắt giảm hay ngưng trợ cấp của quý vị trước khi có buổi thu lý, xin đánh dấu vào một hay các ô dưới đây:

Vâng, xin giảm hay ngưng:

Trợ cấp tiền mặt     Phiếu thực phẩm     Trợ cấp gửi giữ trẻ

Trong khi quý vị chờ có một quyết định của buổi thu lý liên quan đến:

Welfare to Work (Kế hoạch giúp người nhận trợ cấp tiến tới tình trạng có việc làm):

Quý vị không phải tham gia vào các sinh hoạt.

Quý vị có thể nhận các cấp khoản về gửi giữ trẻ và cấp khoản cho các sinh hoạt đã được Ty Xã Hội chấp thuận trước khi có thông báo này.

Nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là cấp khoản trả cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ bị ngưng, quý vị sẽ không nhận được thêm bất kỳ một cấp khoản nào nữa, kể cả khi quý vị vẫn tham dự vào sinh hoạt của quý vị.

Nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị, các dịch vụ đó sẽ chỉ được trả với số tiền và theo cách chúng tôi đã báo cho quý vị biết trong thông báo này.

- Để nhận các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải dự vào sinh hoạt mà Ty Xã Hội đã chỉ định cho quý vị tham gia.
- Nếu số tiền về các dịch vụ hỗ trợ do Ty Xã Hội trả trong khi quý vị chờ có quyết định của buổi thu lý không đủ để cho quý vị tham dự, quý vị có thể ngưng tham dự vào sinh hoạt đó.

Cal-Learn (Chương trình học văn hóa của California dành cho những người cha/mẹ là thanh thiếu niên dưới 19 tuổi hiện có hướng trợ cấp):

- Quý vị không thể tham dự vào chương trình Cal-Learn nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là chúng tôi không thể phục vụ cho quý vị được.
- Chúng tôi sẽ chỉ trả tiền các dịch vụ hỗ trợ thuộc chương trình Cal-Learn đối với một sinh hoạt đã được chấp thuận.

## NHỮNG DỰ KIẾN KHÁC

Về chương trình Medi-Cal Managed Care Plan (chương trình điều hành sự săn sóc y tế dành cho những người thụ hưởng trợ cấp Medi-Cal): Biện pháp áp dụng trong thông báo này có thể làm ngưng không cho quý vị nhận các dịch vụ thuộc chương trình điều hành sự săn sóc y tế của quý vị. Quý vị có thể cần phải liên lạc với ban phục vụ các thành viên của chương trình này nếu quý vị có điều gì thắc mắc.

Về việc cấp dưỡng cho con và/hoặc cấp dưỡng về y tế: Cơ quan địa phương phụ trách vấn đề cấp dưỡng cho con sẽ giúp miễn phí việc thu tiền cấp dưỡng cho con cho dù quý vị hiện không có hướng trợ cấp tiền mặt. Nếu họ hiện đang thu tiền cấp dưỡng cho con họ cho quý vị, họ sẽ tiếp tục thu ngoại trừ khi quý vị yêu cầu họ ngưng thu bằng văn bản. Họ sẽ gửi trả quý vị bất cứ khoản nào thu được về tiền cấp dưỡng cho con thuộc kỳ hiện tại nhưng họ sẽ giữ lại các khoản tiền nào thu được về nợ cấp dưỡng đã qua hiện còn thiếu lại Ty Xã Hội.

Về vấn đề kế hoạch hóa gia đình: Ty Xã Hội sẽ cung cấp cho quý vị các dữ kiện khi quý vị yêu cầu.

Về hồ sơ của buổi thu lý: Nếu quý vị xin một buổi thu lý, Sở Điều Hành Việc Thủ Lý của Tiểu Bang sẽ thiết lập một hồ sơ. Quý vị có quyền tham khảo hồ sơ này trước khi có buổi thu lý của quý vị. Chính quyền tiểu bang có thể chuyển hồ sơ thu lý của quý vị cho Ty Xã Hội Hạt, Bộ Y Tế và Nhân Suy Vụ Hoa Kỳ và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (chiếu theo Điều 10850 và 10950 W&I Code, [Bộ Luật về Phúc Lợi An Sinh và về Các Tổ Chức, Cơ Quan, Hiệp Hội]).

## ĐẾ XIN MỘT BUỔI THU LÝ:

- Xin điền vào trang này.
- Làm phóng ảnh mặt trước và mặt sau của trang này để cất giữ trong hồ sơ của riêng quý vị.
- Mang gửi hoặc đem đến nộp cho:

HOẶC

- Gọi số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc người bị yếu kém thính giác và dùng điện thoại TDD, xin gọi số 1-800-952-8349.

Để xin được sự giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về các quyền của quý vị đối với buổi thu lý hoặc xin giới thiệu về cơ sở trợ giúp pháp lý qua số điện thoại miễn phí của tiểu bang liệt kê bên trên. Quý vị có thể xin sự trợ giúp về pháp lý miễn phí tại cơ sở trợ giúp pháp lý (legal aid office) hay ban bảo vệ quyền của người nhận trợ cấp (welfare rights office) ở địa phương.

Nếu quý vị không muốn đến dự buổi thu lý một mình, quý vị có thể đi cùng với một người bạn hay một người nào đó đến dự buổi thu lý.

## ĐƠN XIN BUỔI THU LÝ

Tôi muốn xin một buổi thu lý bởi vì một biện pháp áp dụng của Ty Xã Hội Hạt \_\_\_\_\_ liên quan đến trợ cấp sau đây của tôi:

- Tiền mặt     Phiếu thực phẩm     Trợ cấp y tế Medi-Cal  
 Điều khác (ghi rõ) \_\_\_\_\_

Sau đây là lý do: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nếu cần thêm chỗ, xin đánh dấu vào ô này và viết thêm ra một tờ giấy rời.

- Tôi muốn chính quyền cung cấp cho tôi một thông dịch viên miễn phí. (Thân nhân hay người bạn không thể thông dịch cho quý vị tại buổi thu lý.)

Ngôn ngữ hoặc thổ ngữ của tôi là tiếng: \_\_\_\_\_

TÊN HỌ CỦA NGƯỜI MÀ TRỢ CẤP BỊ BẮC, BỊ THAY ĐỔI HOẶC BỊ NGUNG

NGÀY SINH	SỐ ĐIỆN THOẠI	
SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG PHỐ		
THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ KHU VỰC BƯU DIỆN
CHỦ KÝ	NGÀY	
TÊN HỌ NGƯỜI ĐIỀN MẪU NÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI	

- Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại buổi thu lý. Tôi cho phép người này được xem các giấy tờ hồ sơ của tôi hoặc đến dự buổi thu lý thay cho tôi. (Người này có thể là một người bạn hay thân nhân nhưng không thể thông dịch cho quý vị.)

TÊN HỌ	SỐ ĐIỆN THOẠI	
SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG PHỐ		
THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ KHU VỰC BƯU DIỆN